



Lernfahrgesuch für die Kategorie:

											TAXI										
A1	A 35 kW	A	B1	B	C1	C	D1	D	BE	C1E	CE	D1E	DE	F	G	M	BPT/121	BPT/122	C1/118	Trolley/110	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Berufsmässig:										<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein								

1. Personalien (Bitte Gross- und Kleinschrift)

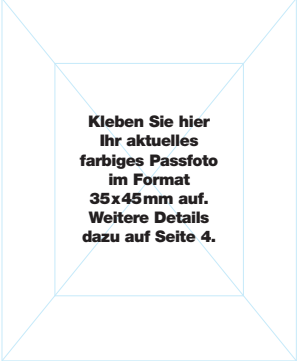
Name (auch Geburtsname) _____

Vorname(n) _____

Strasse, Nr. _____

PLZ _____ Wohnort _____

Heimatort (Schweizer/innen) oder Heimatstaat (Ausländer/innen) _____



**Kleben Sie hier
Ihr aktuelles
farbiges Passfoto
im Format
35x45mm auf.
Weitere Details
dazu auf Seite 4.**

Geburtsdatum (Tag/Monat/Jahr) _____ weiblich männlich

E-Mail und Telefon _____

Früherer Wohnort _____ bis _____

▽ **Unterschrift Gesuchsteller/in** (innerhalb des Feldes) ▽

Bestätigung der Identifikation bzw. der Personalien durch die zuständige Behörde

Datum der Identifikation _____ Stempel und Unterschrift _____

2. Krankheiten, Behinderungen, Substanzkonsum

2.1 Haben Sie eine der folgenden Krankheiten oder sind Sie deswegen in ärztlicher Behandlung:

- Zuckerkrankheit oder andere Stoffwechselerkrankungen? ja nein
- Herz-Kreislauf-Erkrankungen? ja nein
- Augenerkrankung? ja nein
- Erkrankung der Atmungsorgane? ja nein
- Erkrankung der Bauchorgane? ja nein
- Erkrankung des Nervensystems? ja nein
- Nierenerkrankung? ja nein
- Erhöhte Tagesschläfrigkeit? ja nein
- Chronische Schmerzzustände? ja nein
- Nicht folgenlos ausgeheilte Unfallverletzungen? ja nein
- Krankheiten mit Hirnleistungsstörungen? ja nein

2.2 Hatten Sie jemals oder haben Sie heute:

- Epilepsie oder epilepsieähnliche Anfälle? ja nein
- Ohnmachtsanfälle, Schwächezustände oder Krankheiten mit erhöhter Einschlafneigung? ja nein
- Probleme mit Alkohol, Betäubungsmitteln oder Arzneimitteln? ja nein
- Eine psychische Erkrankung wie Schizophrenie, Psychose, manische oder schwere Depression? ja nein
- Behinderungen oder andere Krankheiten, die Sie am sicheren Fahren eines Fahrzeugs hindern könnten? ja nein

2.3 Waren Sie jemals oder sind Sie heute:

- in einer Entzugstherapie oder in ambulanter Behandlung wegen Problemen mit Alkohol, Betäubungsmitteln oder Arzneimitteln? ja nein
- in stationärer oder ambulanter Behandlung wegen einer psychischen Erkrankung wie Schizophrenie, Psychose, einer manischen oder schweren depressiven Erkrankung usw.? ja nein

2.4 Bemerkungen: _____

Falls Sie eine der medizinischen Fragen im Abschnitt 2 mit «Ja» beantworten, müssen Sie diesem Gesuch einen ärztlichen Bericht beilegen.

4. Sehtest auszufüllen durch eine Schweizer Optikerin/Ärztin oder einen Schweizer Optiker/Arzt (gültig 24 Monate)

4.1 Sehschärfe Fernvisus R: _____ L: _____ R: _____ L: _____
 unkorrigiert korrigiert

4.2 Horizontales Gesichtsfeld ≥ 120 < 120 (1. med. Gruppe)
 ≥ 140 < 140 (2. med. Gruppe)

Ausfälle nein ja rechts links
 oben unten

4.3 Augenbeweglichkeit nach rechts oben, rechts, rechts unten links oben, links, links unten geprüft

4.4 Doppelbilder nein ja, Richtung _____

4.5 Beurteilung 1. med. Gruppe 2. med. Gruppe
 ohne Sehhilfe ohne Sehhilfe
 nur mit Sehhilfe nur mit Sehhilfe
 nur mit augenärztlicher Zustimmung nur mit augenärztlicher Zustimmung
 nicht erfüllt nicht erfüllt

Datum Sehtest _____ Stempel und Unterschrift Ärztin/Arzt/Optiker/in _____

5. Besitzen oder besaßen Sie schon einmal einen Lernfahr- oder Führerausweis in der Schweiz oder im Ausland?

ja nein

Wenn Ja, aus welchem Kanton bzw. Staat? _____

Wurde Ihnen schon einmal ein Lernfahr- oder Führerausweis oder eine Bewilligung zum berufsmässigen Personentransport verweigert, entzogen oder das Führen von Fahrzeugen verboten? ja nein

3. Sind Sie minderjährig oder stehen Sie unter umfassender Beistandschaft?

ja nein

Name und Adresse des gesetzlichen Vertreters und seine Unterschrift _____

Wenn Sie absichtlich falsche Angaben machen, können wir Ihnen den Ausweis verweigern und Sie müssen mit einer Strafe rechnen. Alle weiteren Angaben über Kategorien und zum Weg vom Lernfahrausweis zum Führerausweis finden Sie auf www.zh.ch/lernfahrer

Gesuchskontrolle	Admas	Arzt	Auflagen	Fahrpraxis
------------------	-------	------	----------	------------